العنوان:	الارشاد النفسي في الجزائر بين الغياب والاغتراب
المصدر:	المؤتمر السنوى السادس - جودة الحياة -مصر
المؤلف الرئيسي:	محمد، مولاى بودخيلي
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	1999
مكان انعقاد المؤتمر:	القاهرة
رقم المؤتمر:	6
الهيئة المسؤولة:	مركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس
الشهر:	نوفمبر
الصفحات:	883 - 921
رقم MD:	31524
نوع المحتوى:	بحوث المؤتمرات
قواعد المعلومات:	EduSearch, AraBase, HumanIndex
مواضيع:	الطب النفسي، الارشاد النفسي، الصحة النفسية، الجزائر، العلاج النفسي ، الامراض النفسية، مؤسسات الرعاية الاجتماعية، الرعاية الصحية، علم النفس التربوي، الاضطرابات النفسية، الانفعالات النفسية، الضغوط النفسية، السلوك، القلق
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/31524

الارشاد النفسى فى الجزائر بين الغياب والاغتراب

د. مولاى بودخيلى محمد *

تهدف هذه الدراسة إلى رسم المعالم الرئيسية للإرشاد النفسى فى الجزائر رسما يمكن من الاحاطة بمجمل ما يعايشه من تناقضات، وبأهم ما يعانيه من نقائص، كما يمكن أيضاً، وقبل ذلك، من التعرف على واقع هذا الإرشاد وخصوصياته بمجتمع هو فى أمس الحاجة إلى إرشاد. ولبلوغ هذا الهدف تم التدريج، بادىء ذى بدء، على عدد من المحطات التاريخية يمكن للمرء أن يقتفى من خلالها آثار من سبقوه، ممن كان لهم فضل تأسيس العلاج النفسى بالجزائر. واتبعت المحطات هذه باستعراض لأهم المصالح أو المؤسسات التى أريد لها أو فرض عليها، لسبب أو آخر، التكفل بإرشاد من هم فى حاجة إلى إرشاد. على كل ذلك حديث عن المرشدين النفسانيين أو عمن ينوب عنهم فى أداء ما هم مطالبون بأداءه من مهام، وعما يعترض طريقهم من مشاكل، وعما يتوجب عليهم تخطيه من عراقيل. وبما أن المرشد النفسى لا يمكن له الاستغناء عن الاختبارات النفسية فقد أتبع الحديث عن المرشد فى الجزائر بحديث آخر عن الاختبارات المستعملة، وعما يكتنف هذا الأستعمال من مشاكل متعددة الأوجه والمضامين. وقد اختتمت الدراسة هذه بالتطرق إلى عينات من المشاكل النفسية والتربوية التى يجد المرشد النفسى نفسه مرغما على التعامل معها وايجاد الحلول لها.

بداية العلاج النفسى بالجزائر

يمكن اعتبار الرازى (٨٥٠ - ٩٣٢) أول من استعمل مصطلح العلاج

(*) جامعة وهران - السانيا - الجزائر

النفسى للدلالة على تلك الطائفة المتنوعة من التفاعلات (طويلة المدى، وقصيرة المدى، تخصصية وغير تخصصية) التى تلعب فيها المساندة وابداء النصح وغير ذلك من صورة المساعدة الدور الرئيسى (شيلدرن كاشدان، ١٩٨٥ ، ص ١٨٨) فى ذلك النشاط المخطط الذى يقوم به السيكولوجى هادفا منه إلى تحقيق تغير فى الفرد يجعل حياته أسعد وأكثر بنائية أو كليهما معاً (جوليان روتر، ١٩٨٥، ص ١٣٧). كما يمكن اعتبار هذا الطبيب العبقرى من أوائل، إن لم نقل أول من نادى بضرورة إقحام الإيحاء فى العملية العلاجية، وذلك لما عاينه فيه من فعالية، ولما شاهده فيه من فوائد. وفى هذا الشأن يقول ابن سينا (٩٨٠ - ١٠٣٧)

«تأمل حال المريض الذى توهم أنه قد صح، والصحيح الذى توهم أنه مرض، فان كثيرا ما يعرض من ذلك أن يكون إذا تأكدت الصورة فى نفسه وفى وهمه، انفعل منه عنصره (جسمه) فكان الصحة أو المرض» (حامد عبد القادر، ١٩٤٧، ص ٦١) . وهذا لا يعنى أن اللجوء إلى الاستعانة بالبعض من الوسائل النفسية وللمساعدة على تجاوز البعض من الاضطرابات النفسية أو الجسمية، أمر لم يكتشف أحد من العالمية فائدته قبل الرازى. إن كل ما يعنيه هو أن هذا الطبيب العبقرى كان أول، أو من أوائل من عالج موضوع العلاج النفسى بطريقة علمية. وقد يكون شأنه فى ذلك، مع من سبقوه من المعالجين النفسانيين مشابها وإلى حد كبير لشأن الطبيب الانجليزى بريد الذى استطاع أن يبين أن السر الكائن وراء فعالية التنويم إنما يرجع إلى عملية الإيحاء الذى تتضمنه، لا إلى أثر المغناطيس السحرى على الأشخاص. كما يدعى الطبيب الالمانى مسمر (١٧٣٤ - ١٨١٤).

وما يهمنا من كل هذا هو أن الفترة التى عاش فيها الرازى وابن سينا، والتى ازدهر فيها الطب العربى أيما إزدهار، هى نفسها الفترة التى شهدت البزوغ الفعلى لنجم الطب بالمغرب العربى، كما أبان ذلك الطبيب المؤرخ ابن أبى اصيبعه (١٢٠٣ - ١٢٦٩) فى مؤلفه المعروف «عيون الأنباء فى طبقات الأطباء». وقد تم هذا البزوغ أو هذه النهضة الطبية على أيدى جماعة من الأطباء استطاعت أن تؤسس ما كان يعرف آنذاك بالمدرسة القيروانية وهى المدرسة التى كان يتزعمها، وبدون منازع، اسحق بن عمران اليهودى البغدادى (ق ١٠) القادم من المشرق فيمن قدم المقيروان من الأطباء والعلماء، وصاحب الرسالة القيمة التى أعدها حول المالنخوليا. والمحقق، كما جاء ذلك على لسان بعض المؤرخين، هو «أن الأغلبية قد وضعوا اسس نهضة علمية قوية بتأسيسهم لبيت الحكمة فى القيروان على غرار ما وقع فى بغداد، وقد جلبوا لها عددا كبيرا من العلماء والأطباء والفلكيين والموسيقيين من المشرق» (ابو القاسم محمد كرو وعبد الله شريط، ١٩٦٦، ص ١٣٢).

وعن ابن عمران أخذ اسحق بن سليمان المصرى الاسرائيلى. وعن هذا الأخير أخذ أحمد ابو جعفر الجزار (ت ١٠٠٤) صاحب «زاد المسافر وقوت الحاضر» والذى تعرض فيه لجملة من الاضطرابات النفسية والجسدية كالصداع والشقيقة والتخليط العقلى والهذيان الحاد، وما إلى ذلك. وفى نفس القرن الذى عاش فيه هؤلاء الثلاثة، ابن اسحق واسحق بن سليمان وابن الجزار، أى فى القرن العاشر، عاش اطباء آخرون كان لهم الفصل الكبير هم أيضا، فى إرساء قواعد النهضة الطبية بالمغرب العربى. ومن بينهم يمكن أن نذكر على سبيل المثال، على ابن محمد، الذى كان يزاول مهنته بمدينة عنابة بالشرق الجزائرى، كذلك كان هناك عبد الله الوهرانى، والامام السدراتى - نسبة إلى سدراتة الواقعة بالغرب

الجزائرى - وقد اعتنى هؤلاء الأطباء الثلاثة بالنفس نفس عنايتهم بالجسد Bensmail ١٩٩٩.

إن الدارس لتاريخ الطب بالمغرب العربى لابد وأن يجد نفسه مضطرا للحديث عن شخصية مغاربية هى أشهر من أن تعرف، وأكبر من أن تتجاهل، وأجل من أن تنسى. والشخصية الفذة هذه هى أبو الوليد محمد ابن احمد المعروف بابن رشد (١١٢٦ - ١١٩٨)، صاحب التأليف العديدة والمصنفات الجليلة. وما يهمنا هنا من مؤلفات هذا الطبيب الفقيه، والفيلسوف القاضى هو ما الفه عن عدد من المواضع النفسية كالأمزجة، وفى المعالجة، وعلم نفس - فسيولوجيا الدماغ وغيرها. وقد خلف ابن رشد، بالإضافة إلى مصنفاته، أتباعا عديدين له لعل من ابرزهم الطبيب الجزايرى البارع ابن رمانة (ق ١٢). وقد تلا هذا الحكيم حكماء آخرون يكفى أن نذكر منهم هنا أبو العباس الجد (تلمسان، ق ١٤)، وعبد الرزاق الجزائرى (الجزائر العاصمة، ق ١٧) وأحمد البونى (عنابة، ق ١٧) وغير هؤلاء.

وما أن وطأت أقدام الاستعمار الفرنسى أرض الجزائر (ق ١٩) حتى راح علماؤه ينسجون، من وحى خيالهم وسواد أحقادهم، نظريات نفسية وعقلية هى أقرب إلى الهلوسة منها إلى العلم. فهذا بواجى Boigey مثلا يقول فى إحدى تدخلاته أمام الجمعية الطبية النفسية الفرنسية سنة ١٩٠٩ . أن الشعوب الأسلامية وخلافا للشعوب الأوربية.. لم تنتج أبدا عملا رائعا.. إن الاسلام هو مجرد مجموعة من الغرائز.. إن انجازات الاسلام لا يجب أن تفسر بالاعتماد على الدين بقدر ما يجب أن تفسر بالمرض العقلى.. إن اتباع الرسول الأوائل كانوا متدنين. لقد غرس محمد فى أدمغة المؤمنين حالة من العصاب

الحقيقى (Ibid.,p22). وإذا كان الأمر كذلك، إذا كانت هذه هى نظر أطباء فرنسا العقليين إلى كل الشعوب الاسلامية، بقضها وقضيضها وبسليمها وعليلها، فكيف كانت نظرتهم لأولئك الذين كانوا يعانون من هذا الاضطراب أو ذلك من الاضطرابات النفسية أو العقلية، منهم. ؟ لنستمع، بدل الاجابة عن هذا التساؤل، إلى اب الطب العقلى الجزائرى (نسبة إلى الجزائر العاصمة) .Porot, A بورو وهو يؤكد، لمن شاء أن يتأكد فى «ملاحظات حول الطب العقلى المسلم» (١٩١٨) أن الجزائرى المسلم متخلف، هيستيرى، كذاب، سارق.. وكسول. ونفس هذا الموقف تقريباً عاد إليه هذا الطبيب مرة أخرى سنة ١٩٣٢ وذلك حينما قام بنشر مقاله المعنون بـ «الاندفاعية الاجرامية لدى الجزائرى (الأصلى)» والذى تكرم فيه على الجزائريين بنعوت أخرى من بينها التخلف العقلى، القابلية الايحاء والمثابرة والعناد وضعف الحياة العاطفية والخلقية. وليت هذا الطبيب توقف عند هذا الحد. لقد استطاع أن يعلن، بكل برودة ووضوح سنة ١٩٣٤ بأن دماغ الجزائرى دماغ بدون لحاء.

ولذلك فأنه، أى الإنسان الجزائرى، يشبه إلى حد ما الفقريات السفلى التى تخضع فى تصرفاتها لسيطرة الدماغ الثنائى الذى يتكون من المهاد وما فوق المهاد وما تحت المهاد، والمهرهيد وهو جزء من الدماغ المقدم لا إلى المخ ولحائه. ويأتى بعد ذلك أوبان .Aubin, H ليخلص وليلخص ما قاله غيره وليرسم، فى نفس الوقت، صورة نموذجية للانسان المغاربى اودع فيها نعوتا خاصة نذكر من بينها «الجبرية أو الاستسلامية، انعدام الفضول الفكرى أو حب الاستطلاع، قابلية شديدة للايحاء، الميل إلى المثابرة والمطالبة، انعدام قابلية الأهالى الولادية للعمل، فقدان الارادة، الخضوع للنزوات، الاندفاعية، الميل للكذب، الوقاحة والعراك. ومع كل هذا فان أوبان لم يتوان عن القول بأن الانسان المغاربى، هو

أيضاً عدد من الصفات الأيجابية ذكر منها الصبر والشجاعة وبعض أنواع الايثار. وما أن أكمل رسمه للصورة النموذجية هذه حتى سارع إلى النصح بتقبل ما جاء فيها من نعوت باسم العلم والموضوعية.

لقد صور بورو Porto,A ومدرسته الجزائرى على أنه إنسان متخلف وعاجز، والجزائر على إنها «مؤسسة طبية - بيدا غوجية ضخمة» على حد تعبير برتيليى. ولا يخفى أن مثل هذا التصوير إنما جاء ليبرر بشاعة المستعمر وحقه فى تدجين الشعوب المستعمرة واستعبادها، وإذلالها. أما الموضوعية التى تحدث عنها أوبان والتى حاول أن يوكل اليها مهمة الدفاع عن غريب آراءه، وأن يتستر بالتالى باستارها، فمن الممكن العثور على بعض جذورها فى النظرية العضوية، أو النموذج العضوى فى تفسير المرض العقلى أو السلوك الشاذ، ذلك النموذج الذى يرجع فيه اصحابه السلوك الشاد إلى تلف عضوى أو اختلال كيمياوى فى المخ. وقد ساد هذا الطرح، أى الطرح العضوى، فى القرن التاسع عشر. ومن أبرز ممثليه جريزينجر Griesinger, W صاحب كتاب «باثولوجيا المرض العقلى وعلاجه» (١٨٤٥). وفيه يؤكد بأن «المرض العقلى مرض يصيب الجسم، وعلى التحديد المخ، ولذلك فهو لا يختلف فى شىء عن سائر الأمراض الأخرى» (شيلدون كاشدن، ص ٣٩). والمرض هذا قد يكون وراثيا، أى ناتجا عن عيب وراثى ينتقل من جيل إلى آخر. وقد يكون على العكس من ذلك مكتسبا، أى راجعا إلى أسباب عارضة كالجروح والاصابات والتلوث وما إلى ذلك من الأسباب ويبدو مما صرح به بورو وزملاؤه أن العيوب التى ألحقوها بالإنسان المغاربى، بصفة خاصة، وبالانسان المسلم، بصفة عامة، كانت من النوع الوراثى، أى من النوع الذى يورثه الأب لأبناءه والأم لأولادها وبناتها. ومن حسن الحظ بالنسبة لاولئك الأطباء أن تلد فرنسا، فى بداية القرن التاسع عشر، طبيبا استطاع أن يوفر لهم

الاطار النظرى، والمرجع الذى به تشبثوا حينما صرحوا بما صرحوا به من دعاوى وأقاويل. والطبيب هذا هو مورال Morèl, B.A (١٨٠٩ - ١٨٧٣). والنظرية تلك هى نظرية الإنحلال الوراثى وفيها يرى فيها صاحبها بأن الانسان قد خلقه الله على صورته لكنه حاد عن الصلاح بسبب الخطيئة الأصلية. والحياد هذا كان هو البداية للفساد الذى سيصيب الأجيال جيلا بعد جيل. ويؤمن مورال فى نظريته التى أماط اللثام عنها فى «مقالة فى الانحلالات» (١٨٥٧) بقاعدتين أساسيتين هما وراثية العيوب العضوية والعقلية، وتدرج الإنحلال الذى يؤدى فى آخر المطاف إلى اختفاء الفرع أو العائلة المعنية بأكملها. وقد يكون من المفيد هنا أن نشير إلى أن مورال كان قد تلقى تكوينا دينيا بجانب تكوينه الطبى، الشىء الذى يفسر لنا ذلك التناغم الكائن ما بين نظريته والنظرية الدينية، أو النظرية الشيطانية. وقد كانت هذه الأخيرة تؤمن بأن السلوك المرضى أو السلوك الشاذ أن هو إلا عمل من أعمال الشيطان.

وتأتى نظرية التكوين لتمد بورو وزملاءه بستر آخر من الموضوعية يتخفون من وراءه، ويتسترون بظلاله. ويرى صاحب هذه النظرية الطبيب الفرنسى ديبرى Dupré, E (١٨٦٢ - ١٩٢١) وغيره ممن يرى رأيه كزاندى Kzondi, s. بأن قدر الانسان يكمن فى تكوينه الخاص، وفى ما يتضمنه هذا التكوين من استعدادات موروثة، فسيولوجية ونفسية، ويظهر من الأوصاف التى ألحقها بورو وغيره بالإنسان الجزائرى، بل وبالإنسان المسلم أنهم قد عثروا فعلا على الإنسان ذى الذهنية البدائية التى تحدث عنها عالم الاجتماع ليفى برول Levi, Brunl, I. (١٨٥٧ - ١٩٣٩) والتى قال بمقتضاها بأن الشعوب غير المتحضرة تنتهج منطقا غير المنطق الذى يسود فى المجتمعات المتحضرة، وكثيرا ما شبهت الذهنية

البدائية، وفقا لهذه النظرية. بذهنية الطفل. وهذا هو بالضبط التشبيه الذى ارتاح له فريبورغ بلان Fribourg Blane حينما رأى فى الإنسان الجزائرى «طفلا كبيرا... بكل ما تحمله الطفولة من مزايا وعيوب، إنه واثق من نفسه وكريم، ولكنه مغرور، كذاب، واحيانا مخادع، وسارق.. » (Bensmail, p. 24)

لكن ليفى برول Levi, Brunl عاد ليؤكد فى الأخير بأن ذهنية الرجل البدائى لا تختلف عن ذهنية المتحضر. ونفس هذا الأمر قام به ايضا فرانز بوآس (١٨٥٨ - ١٩٤٢) Franz Boas ، أحد اعمدة الانثروبولوجيا الثقافية، حينما تراجع فى سنة ١٩٣٨ عما قاله بخصوص هذا الموضوع سنة ١٩١١، فى الطبعة الأولى من كتابه «عقلية الرجل الابتدائى». ومما جاء فى هذه الطبعة «إنه لا يبدو محتملا أن عقلية العروق التى تختلف فيما بينها فى البنية التشريحية تستطيع أن تتصرف تماما بذات الشكل. إن فروق البنية يجب أن تكون مرفوقة بفروق فى الوظيفة، فيسيولوجية ونفسية. ولما كنا قد وجدنا براهين أكيدة على فروق فى البنية بين العروق فإننا نستطيع أيضا أن نتوقع أن توجد فروق فى خصائصهم العقلية» (اوتوكلينبرغ، ١٩٦٧، ص ٤١٦) وإذا كان بوآس قد تراجع فى الأخير عما سبق وأن صرح به، مقتفيا فى ذلك أثر ليفى برول، فان أوبان قد عز عليه مثل هذا التراجع وآثر، بدلا من ذلك التمسك بما قام لأول مرة بنشره من آراء فى «الوجيز الأبجدى للطب العقلى» سنة ١٩٥٢ وذلك فى فصل تحت عنوان «الأمراض النفسية لأهالى شمال أفريقيا» اذ ظهرت الطبيعة الرابعة (١٩٦٠) ثم الخامسة (١٩٧٥) دون أن تتغير فيهما الصورة النموذجية لأهالى شمال افريقيا (Bensmail, P26). ومع كل هذا التزمت والتحجر الفكريين اللذين طبعا، ولأكثر من قرن، ذهنيات ونظريات الكثير من الأطباء العقليين الفرنسيين، يجب أن

نعترف لبورو بخصاله العالمية كطبيب ممارس، وبجهوده المستره والشجاعة التى وقف بها فى مواجهة السلطات المحلية من أجل إمداد الجزائر بنواه للبنية التحتية الخاصة بالطب النفسى.

ومع بداية ثورة التحرير سنة ١٩٥٤ بدأت الأفكار تتغير، وبدأت بعض الوجوه الاكلينيكية الجديدة فى الظهور. لكن الوقت ذاك كان وقت رحيل بالنسبة لحقبة استعمارية كاملة، وكذلك بالنسبة لكل من سبح فى فلكها طيلة قرن كامل أو ما يزيد عنه من علماء وأطباء النفس. وكان من جملة الراحلين بوروم Porot, n وساتر Sutter, J.n وبوليسيى Peliciér, y .

مصالح الإرشاد النفسى ومراكزه

قد لا يجد المرء فى طول الجزائر وعرضها مراكز تحمل تسمية تدل دلالة واضحة على أن المهام التى تقوم بأدائها يمكن أن تدرج ضمن ما يوكل القيام به عادة إلى الإرشاد النفسى من خدمات. لا يمكن بعبارة أخرى، أن نجد مركزا يدعى بمركز الإرشاد النفسى، أو مصلحة تدعى كذلك، على غرار ما هو موجود فى الكثير من بلدان العالم. وهذا لا يعنى غيابا تاما للإرشاد بالجزائر. فهذا أمر مستبعد حتى بالنسبة للبلدان الأقل تطورا من الناحيتين الصحية والتربوية. ان كل ما يعنيه هو أن الشخص الذى يجد نفسه مضطرا للاستعانة بخبرة خبير فى الإرشاد، أو بفنية متمرس فى هذا الميدان، طلبا لاحداث تغيير ما فى هذا الجانب أو ذاك من سلوكه، أو رغبة فى تمكينه أو المساعدة علي تمكينه من استعادة ما ضاع، أو يكاد يضيع، من توازنه النفسى، إن مثل هذا الشخص عليه أن يبحث عن مبتغاه فى مثانى المؤسسات الاستشفائية أو ما بين معاطف المراكز النفسية البيداغوجية منها وغير البيداغوجية. ولا غرابة فى ذلك مادام أن الخط الفاصل

ما بين الإرشاد النفسى والعلاج النفسى منه خاصة، أو ما بيته وبين غيره من الخدمات التربوية، أمر فى غاية من الصعوبة، ان لم نقل أمرا مستحيلا. وللتدليل على ذلك يكفى التعريج، ولو لبرهة وجيزة على بعض ما اوردته المعاجم النفسية، أو غيرها من المعاجم المختصة، من تعاريف لمفهوم الأرشاد النفسى، وعلى ما حددته له من وظائف. ففى المعجم الدولى للتربية لأصحابه بادج وثوماس (Page, Thomas and Marshall, 1979, p. 89) نستطيع أن نقرأ أن الإرشاد النفسى هو:

١- إسداء النصح لتلاميد والطلبة حول نموهم المدرسى وحول الوضع المهنى.

٢- تقديم العلاج والتوجيه للتلاميذ أو الطلاب الذين يظهرون علامات السلوك المضطرب أو القلق. أما فى معجم علم النفس لمؤلفه فاخر عاقل فإن الإرشاد قد عرف على أنه «توجيه نفسى افرادى يقدمه عالم النفس أو مختص بالتربية لفرد ما تمكينا له من حل مشكلاته الشخصية أو الفنية أو التربوية» (فاخر عاقل، ١٩٧٧، ص ٣٠). وعن علاقة الإرشاد النفسى بالتربية يقول نيوسام وثورن وايلد (New same, Thorne, and wyld, 1975 p.3) بأن الأرشاد «يجب أن ينظر إليه على أنه جزء أساسى لا يتجزأ من العملية التربوية لكل الطلاب، لا على إنه إضافة تزينية لتلك المؤسسات التى تسمح لها إمكانياتها باستخدام مرشد نفسى». ولا يجب أن يفهم من وراء هذا الاستطراد القصير أن الإرشاد النفسى تخصص علمى غير قائم بذاته. ان ما يجب أن يفهم، عوضا عن ذلك وهو أن ميدان الإرشاد فى الجزائر، ميدان لا يزال فى طور البحث عن الاعتراف الفعلى والرسمى من قبل الهيئات المعنية والمصالح المختصة. وهذا ما اشار اليه بن سماعيل حينما قال - وهو بصدد الحديث عن النقص الحاد الذى

تعانى منه الجزائر، بصفة عامة، وقسنطينة (ثالث أكبر مدينة بالجزائر»، فى مجال الهياكل الاستشفائية المتعلقة بالأمراض العقلية أو النفسية «أما عن الهياكل الوسيطة أو الخاصة بإعادة التكييف الاجتماعى، فتبقى فى عداد الأمانى التى قد لا تتحقق» Bensmail, p.30.

وإذا كان الأمر كذلك، وبما أن «حركة الصحة النفسية ومفهوماتها بدأت بين جدران مصحات الأمراض العقلية واقترنت بالدعوة إلى الوقاية من الأمراض النفسية والعناية بالصحة النفسية وكيف يمكن شفاء المضطربين والمرضى..» (القاضى، فطيم وعطا حسين، ١٩٨١، ص ٣٤) فإن الذى حدث للإرشاد النفسى بالجزائر لم يكن ليختلف فى البداية عما حدث له فى مصحات الأمراض العقلية فى عدد من البلدان الغربية إبان نشأته. لقد كانت المستشفيات الجزائرية، وخاصة مع بداية المرحلة التالية للاستقلال، وهى المراكز الوحيدة أو المؤسسات الوحيدة التى كان بإمكانها تأمين جزء من الخدمات الإرشادية، وذلك لعدد محدود فقط من الحالات التى كانت فى حاجة ما ستر اليها، من بين تلك أسعفها الحظ فى العثور عليها، فإن الذى حدث للإرشاد النفسى بالجزائر لم يكن ليختلف فى البداية عما حدث له فى مصحات الأمراض العقلية فى عدد من البلدان الغربية إبان نشأته. لقد كانت المستشفيات الجزائرية، وخاصة مع بداية المرحلة التالية للاستقلال، هى المراكز الوحيدة أو المؤسسات الوحيدة التى كان بإمكانها تأمين جزء من الخدمات الإرشادية، وذلك لعدد محدود فقط من الحالات التى كانت فى حاجة ماسة اليها، من بين تلك التى أسعفها الحظ فى العثور عليها، أى على المؤسسات. وعندما نذكر المستشفيات هنا فاننا لا نقصد من ورائها سوى تلك المصالح أو الأقسام المخصصة منها للطب النفسى لا غير فى غالب الأحيان ذلك أن الجزائر لم تكن تمتلك، حتى سنة ١٩٦٠ سوى مستشفيين اثنين للأمراض

العقلية. أولهما انشيء بمدينة البليدة - بالوسط الجزائرى - سنة ١٩٣٨ . أما الثانى فقد شيد سنة ١٩٦٠ بسيدى الشحمى، بالغرب الجزائرى. أما غير هذين المستشفيين فمصالح أو اقسام ملحقة للطب النفسى لاغير. والأكثر غرابة بالنسبة لهذا الموضوع، بل الأكثر مأساوية بتعبير أصح، هو أن عدد المؤطرين الساهرين على سير وتسيير هذه المصالح لم يكن يتعدى فى سنة ١٩٦٢، سنة الحصول على الاستقلال الثلاثة افراد. لقد كان هناك ثلاثة أطباء نفسانيين جزائريين فقط يوم أن تحصلت الجزائر على استقلالها. الشيء الذى دفع بالدولة الجزائرية إلى الاستعانة ببعض المتعاونين القادمين من دول شتى. الأمر الذى أدى بدوره إلى بروز مشكل آخر، هو مشكل التواصل ما بين الحالات والأطباء.

ومع مرور السنين واشتداد الحاجة إلى الخدمات العلاجية التى لا تتطلب دائما، وفى العادة، تخصصا عاليا فى الطب النفسى بدأت السلطات المعنية فى انشاء مراكز متخصصة فى تقديم انواع معينة من المساعدة النفسية لمن كانوا فى حاجة اليها. وهكذا، وفى سنة ١٩٧٦، كانت الجزائر العاصمة قد استفادت من مصلحة «الزيتون»، وهى عبارة عن مركز نهارى يضم عيادة خارجية طبية - بيداغوجية، ومستشفى نهارى خاص بالأطفال، بالإضافة إلى مركز للاستشارات والتوجيه الطفولى. ولم تكن مصلحة الزيتون هى المصلحة الوحيدة التى تتعامل، أو كانت تتعامل مع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بالوسط الجزائرى، لقد كان هناك ايضا داخلية «دويرة» المخصصة لاستقبال الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية ممن لا يشتكون من نقص ذهنى. كما كان هناك، وبالإضافة إلى ما سبق، مركز بوسماعيل الذى انشيء بغرض التعامل مع الأطفال الذين يعانون من مشاكل مدرسية مصحوبة باضطرابات فى السلوك أو المزاج. ونفس هذه التجهيزات القاعدية حرصت السلطات المعنية، الصحية منها والتربوية، علي

توفير مثيلاتها بالمناطق الأخرى من الوطن، حتى وإن كان هذا الحرص محدودا إلى حد ما، لاعتبارات ليس هذا محل ذكرها.

وقد دفعت التطورات والتغيرات التى مرت بها الجزائر، والتى لازالت تمر بها، وعلى جميع الأصعدة ودون استثناء إلى تنامى المشاكل النفسية والتربوية التى أصبح يعانى منها الطفل قبل الراشد، والمراهق قبل الكهل. وكان أن حاولت الجهات المعنية بالصحة العقلية والنفسية، نتيجة لذلك استصدار ما يتناسب مع الأوضاع المستجدة كل يوم من قوانين، وتشكيل ما يساير هذه القوانين من هيئات ولجان، وتجسيد كل ذلك على أرض الواقع. ومن بين ما اصدر من قرارات وقوانين من المفيد أن نشير إلى البعض منها على سبيل المثال لا الحصر. وقد يكون القانون الخاص بعالم نفس القطاع الصحى العمومى، من أهمها.

وقد صدر سنة ١٩٧٣، وهى السنة ذاتها التى شهدت ميلاد أو تأسيس لجنة مشتركة ما بين وزارات عدة هدفها الأساسى التكفل بمشاكل الطفولة غير المتكيفه. كذلك يمكن اعتبار القانون الخاص بمجانية الطب والخدمات العلاجية المختلفة الصادر سنة ١٩٧٤ من بين أهمها ايضا، اذ لا يمكن أن تخفى الآثار المترتبة عن مثل هذا القانون فى مجالات عدة عن أحد. وأخيرا وليس آخرا لابد من الاشارة إلى ميلاد هيئة طبية متخصصة سنة ١٩٨٧ تحمل اسم اللجنة الوطنية للطب العقلى، وهى لجنة ذات طابع استشارى مهمتها الأساسية تقديم ما يتلائم مع الأوضاع من اقتراحات متعلقة بالصحة العقلية للسلطات العمومية. أما بقية القوانين فمعظمها يلغى بعضه بعضا.

وقد تمخضت كل هذه التحركات، على المستويين النظرى والعملى، عن وضع أصبحت الجزائر بمقتضاه تتوفر على شبكة متوسطة الحجم من

التجهيزات القاعدية الخاصة بالارشاد النفسى. فهناك، وبالإضافة إلى ما سبق ذكره من مصالح وأقسام حوالى ثلاثة وثلاثون مركزاً نفسيا سبيدا غوجيا عبر انحاء التراب الوطنى المختلفة. وهو ما يعادل بالتقريب، مركزا واحدا لكل ولاية من ولايات الوطن. وتتمثل المهمة الأساسية لهذه المراكز فى التكفل البيداغوجى بالأطفال، وباعادة تكييفهم من الناحية الاجتماعية. لكن ما يميز هذه المراكز، بكل وما يحول بينها وبين ادائها لوظيفتها على الوجه المطلوب، هو تعاملها الشبه كلى مع الأطفال الذهانيين Benhabib, 1994.

ذلك ما يمكن قوله بإيجاز عن التجهيزات القاعدية التى يتوفر عليها الإرشاد النفسى الطفولى بالجزائر. أما فيما يخص إرشاد الراشدين من هياكل فيكفى أن نعلم أن المصالح النفسية التى عادة ما تضطلع بهذه المهمة انما هى فى الواقع مصلحة واحدة من مجموع المصالح المكونة لما يسمى بالمستوصف العمومى أو العيادة المتعددة التخصصات التابعة للقطاع الصحى لكل ولاية أو مقاطعة ادارية، والمستوصف العمومى هذا يتكون فى الغالب من مصلحة للطب العام ومصالح أخرى تتعلق بمختلف التخصصات الطبية كالجراحة وطب الأطفال وما إليهما. كما تتكون أيضا من قاعة للعلاج وأخرى للتحاليل الطبية. وتعد المصلحة النفسية بالتالى جزءا واحدا فقط من مجموع اجزائها. وبالإضافة إلى هذه المصالح النفسية الملحقة بالمستوصفات العمومية، والتى قد تخلو منها فى بعض الأحيان، بعض هذه المستوصفات يمكن العثور، وفى بعض المدن الكبيرة فقط على بعض المراكز ذات التسامى المختلفة والتى يمكن أن تندرج بعض ما تقدمه من خدمات ضمن الإرشاد النفسى. فهناك على سبيل المثال فى الجزائر العاصمة المركز المدعو بـ مركز إعادة التكييف النفسى والاجتماعى الواقع بشراقة أحد ضواحى هذه المدينة، والتابع لمصلحة التأمين الاجتماعى. وهناك بعاصمة

الشرق الجزائرى قسنطينة مركزان طبيان نفسيان يقعان وسط المدينة. أولهما مركز بوجريو العامل منذ ١٩٦٨ . أما الثانى فهو مركز شيهانى بشير، وقد دشن سنة ١٩٨٦ .

وبالجملة فان المؤسسات التى تتخصص فى تقديم خدمات الإرشاد النفسى ضمن ما تقدمه من خدمات أخرى فى الكثير من الأحيان، تتمثل فى مصحات الأمراض العقلية التى وجدت نفسها مضطرة، وخاصة مع بداية مرحلة الاستقلال، للتعامل مع جميع الاضطرابات النفسية، الشديدة منها والبسيطة علي حد سواء، وذلك لانعدام ما سواها من المرافق التى كان يمكن أن تقوم مقامها فى التكفل بالحالات الخفيفة، فى الفترة المذكورة. وتتمثل تلك المؤسسات أيضا فى أقسام الطب العقلى الملحقة بالمستشفيات الجامعية، وفى المصالح النفسية التابعة للمستوصفات العمومية، وفى بعض المراكز التابعة لهذا القطاع أو ذاك من القطاعات العمومية، كما هو الشأن مثلا بالنسبة لمركز إعادة التكييف النفسى والاجتماعى بشراقة الذى سبق وأن أشرنا إليه وقلنا بأن الاشراف عليه يعود إلى قطاع التأمين الاجتماعى. وتتمثل كذلك فى عيادات الطب العقلى الخاصة، وفى العيادات النفسية الخاصة التى بدأت الجزائر تشهد ميلادها فى السنوات الأخيرة هذه بفضل ما يجرى فيها من تغيرات جمة فى كافة المجالات.

القائمون بالإرشاد النفسى والمشرفون عليه :

لقد سبق وأن ذكرنا أن الجزائر حينما استعادت استقلالها سنة ١٩٦٢، وبعد طول استعمار وانتظار، لم يكن لها من المختصين فى ميدان الطب النفسى سوى ثلاثة اطباء تكونوا كلهم خارج البلاد. وكان ذلك كل ما كانت تمتلكه الجزائر من اطارات فى مجال الصحة العقلية والنفسية. وارتفع العدد المحدود

هذا إلى حوالى اربعين طبيباً عقليا، ما بين جزائريين وأجانب وطلبة متربصين، سنة ١٩٧٩ بينما كانت احتياجات البلاد تقدر حينها بما يزيد عن مائة وخمسين مختصا. والمعطيات هذه تدل فيما تدل عليه، على أن التكفل النفسى بمن كانوا فى حاجة اليه انما كان يتم، وبالضرورة على أيدى الأطباء العقليين وحدهم، وذلك لانعدام وجود المختصين النفسانيين آنذاك. كما تدل أيضاً على أن التكفل الفعلى بالحالات لم يكن ليتم حينها، ومن الناحية العملية، إلا بالنسبة للحالات الاستعجالية من الراشدين فقط. وقد تدل كذلك على أن الطبيب النفسى كان يجد نفسه، فى الفترة تلك مضطرا لتفضيل العلاج الكيمياوى على العلاج أو الإرشاد النفسى، حتى بالنسبة لمن لم يكونوا فى حاجة فعلية إليه، أى إلى العلاج الكيمياوى. والأسباب التى كانت تقف وراء ذلك أى وراء هذا التفصيل ولازالت، لا تحتاج فى الواقع إلى تفصيل (قلة الأطباء، ضيق أوقاتهم، كثرة الطلب). لكن الذى قد يحتاج إلى شىء من التفصيل إنما هو سلوك المريض الذى كان «يطالب، وحتى بالنسبة للاضطرابات البسيطة، بهذا الدواء الذى سمع عن نجاعته أو ذاك. ان ارتفاع استهلاك بعض المهدئات أو الأدوية الخفيفة المضادة للقلل لهو أغنى عن كل تعبير».

ويبدو أن تفضيل المعالجة الكيمياوية على المعالجة النفسية لا يزال يشكل، وحتى الآن القاعدة بالنسبة للكثير من الناس، المعنيين بالعلاج وغير المعنيين منهم. ففى احدى الدراسات التى أشرف عليها الطبيب النفسى بن حبيب لطفى تبين أنه من بين الأسباب التى دفعت الكثيرين من الحالات إلى التوقف عن الاستمرار فى العلاج نجد «المطالبة بالنتائج الفورية وانتظار.. العلاج الكيمياوى.. » Benhabib, 1994 وأكثر من هذا فان بعض المرضى يرى فى «الحقنة.. العضلية أو الوريدية» اليبره «علاجا ذا فعالية خاصة. أن الوصفة

الطبية بدون دواء للحقن وصفة ناقصة القيمة». والأمر هذا يكاد يكون عاما بالنسبة لجميع المرضى، وبعض النظر عن نوعية المرض الذى يعانون منه. وكذلك الأمر بالنسبة للعلاج بدون دواء. أى بالنسبة لعالم النفس الذى لا يصف دواء كيمياويا معينا. فهو بالنسبة للكثير من الناس «طبيب بدون دواء»، وهو «طبيب انتاع العقلية»، أى خاص بالعقل.

وإذا كان الأمر كذلك فمن المهم جدا أن لا يقع الطبيب النفسى الذى تضطره الضرورة للقيام بوظيفة المرشد النفسى فى «فخ» المريض الذى يسعى للتخفيف عن مشاكله باللجوء إلى الأدوية. إن العكس هو الذى يجب أن يسعى اليه كلما كان ذلك ممكنا. وإذا كان التكفل بالمرضى النفسيين فى بعض البلدان الغربية يتم عن طريق اللجوء إلى مختصين إثنين، أو إلى قطاعين إثنين يتدخل فيهما، وكل على حدى، المعالج الذى يصف الكيماويات والمعالج النفسى الذى ينصت على حد تعبير بن سماعيل، فان تجربتنا فى الجزائر تدفع بنا إلى الاعتقاد بأن مثل هذا التمييز غير صالح، ومصطنع لاعتبارات اجتماعية وثقافية. إن الطبيب النفسى الجزائرى يجب أن يقوم، وبطريقة كاملة، بدوره المزدوج المتمثل فى الوصف (من الوصفة الطبية) والعلاج النفسى.

وإذا كانت الضرورة هى التى فرضت على الطبيب النفسى أن يقوم، فى الكثير من الأحيان، بدور المعالج النفسى، أو المرشد النفسى، فان الضرورة كذلك هى التى أدت إلى ظهور عالم النفس فى الميدان الطبى والإرشادى. فقد رأى بوسبسى، ومنذ بداية السبعينات «أن التكفل بالطفل المشكل يمكن أن يتم عن طريق مختصين نفسانيين يكونون تكوينا اكلينيكيا» Bovucebci, p. 1979، وذلك من أجل مجابهة وضعية نقص الأطباء النفسانيين التى كانت تعانى منها

الجزائر فى المرحلة التى تلت الاستقلال. وقد بدأ دور عالم النفس فى البروز فى المجتمع الجزائرى مع إنشاء مصلحة لعلم النفس مستقلة عن المصلحة الخاصة بالطب النفسى والصحة العقلية، بوزارة الصحة، اعطيت تسمية المصلحة التقنية لعلم النفس. وقد تزامن ذلك مع ظهور القانون الخاص بعالم النفس سنة ١٩٧٣، وقد تلت ذلك موجة لتوظيف علماء النفس فى الكثير من المصالح الطبية كمصلحة طب الأطفال، ومراكز حماية الأمومة والطفولة، وفى غيرها من المؤسسات التعليمية والصحية. وكان ذلك ايذانا بالاعتراف بدور المساعدة النفسية التى لا يمكن لغير علماء النفس تقديمها لمن هم فى حاجة إليها، فى مختلف المصالح، وفى كافة المجالات.

ويبقى دور عالم النفس، فى المجال العلاجى أو الإرشادى، مع كل ذلك مرتعا للكثير من التناقضات، وجلابا للكثير من التساؤلات. فنشاط عالم النفس الاكلينيكى، بالجزائر، حديث ومحدود، إلى حد كبيرر. والقيام به لا يمكن أن يتم دون الاصطدام بسلسلة لا تنتهى من المشاكل، على الصعيدين النظرى والميدانى.. فعلى الصعيد النظرى نجد أن عالم النفس يبدأ فى مباشرة عمله أو مهامه، بعد تخرجه مباشرة، ودون تجربة ميدانية تذكر، صحيح أن التكوين الجامعى الذى يتحصل عليه يتضمن تربصا يدوم يوما واحدا فى كل أسبوع من أسابيع السنة الرابعة والأخيرة من تكوينه بالأماكن المناسبة لتخصصه. لكن التربصات القصيرة المدى هذه لا تفى دائما بالغرض المطلوب.

إن التجربة الميدانية التى لا يمكن أن يتمارى حول قيمتها إثنان تجربة يجب أن يكتسبها هو اكتسابا، من خلال ممارسته التالية لتخرجه، لا قبل ذلك. وإذا كان التكوين الذى يحصل عليه عالم النفس الاكلينيكى، من حيث المناهج،

مناسبا وثريا إلى حد ما ، فان ما يعيبه هو اقتصاره الكلى على ما صيغ فى الغرب من نظريات، وعلى ما اكتسب فيه من تجارب وخبرات، وكأنه فى ذلك إنما يتم فى أوربا لا فى غيرها ، ولكى يفيد فيها لا فى ما سواها من البلاد .

إن التلميذ الجزائرى الذى لا يتمكن مثلا من القراءة السليمة فى نهاية السنة الثانية ابتدائى لا يمكن أن يوصف بالضعف العقلى، أو حتى بالمعاناة من مشاكل نفسية أو عاطفية معينة، كما يمكن أن يوصف بذلك نظيره الذى يعيش فى وسط متطور كالوسط الأوربى، والذى يعانى مما يعانى منه. وقس على ذلك مختلف القضايا ومختلف المشاكل التى قد تطرح هنا أو هناك.

ومشكلة عالم النفس تتمثل من الناحية العملية، وعلى حد تعبير البعض، فى كونه الطبيب الذى لا يعطى الدواء، وفى كونه الشخص الذى يتحدث ولا يعرف شيئاً آخر غير الحديث «انه لم يفعل أى شىء. لقد تحدث إلينا. لكنه لم يعطنا أى دواء، ولم يقم حتى بلمس الطفل». وقد لا يجد من مخرج لهذا المأزق الذى يضعه فيه مجتمعه سوى اللجوء إلى المقاييس أو الاختبارات النفسية، ومن سوء حظه هنا ايضاً قلة درايته بتطبيق الاختبارات النفسية أو انعدامها ، وذلك بالإضافة إلى انعدام تقنين ما يستعين به عادة من هذه الاختبارات. وسوف نعود لهذا الموضوع بالذات بعد قليل بشىء من التفصيل.

ومن المشاكل التى يعانى منها عالم النفس روتينية أو رتابة ما يوكل إليه من مهام فى بعض المؤسسات. وقد لا يتعدى دوره فى بعض الأحيان امضاء يضعه على ورقة أو حضورا يزدان به اجتماع، كما يحدث فى مؤسسة سيدى مبروك للأطفال المسعفين بقسنطينة مثلا. فقد جاء فى الدراسة التى قام بها سليم حشوف حولها بأن «عمل عالم النفس يقتصر على مهام رتيبة (روتينية) غير

ذات أهميـة لأى أحد» .Hachouf, 1993 ونفس الوضع هذا يعيشه أيضاً معظم مستشارى التوجيه المتواجدين أو التابعين للكثير من المؤسسات التعليمية. وفى نفس إطار المشاكل هذه يتواجد ما يسميه البعض بالمشكل اللغوى. هذا المشكل الذى يرجع فى الكثير من الأحيان، إلى تعدد اللهجات الموجودة بالجزائر، بل وإلى تعدد اللغات ايضا (عربية، أما زيفية... وحتى الفرنسية بالنسبة لبعض علماء النفس أو المختصين النفسانيين). وبطبيعة الحال فان هذا المشكل لا يمكن أن يطرح على المختص النفسى، أو الطبيب النفسى، إلا حينما يقوم بمباشرة مهامه فى منطقة جغرافية غير المنطقة التى ينتمى اليها. ويذكر بوسبسى (١٩٧٩) فى هذا المجال أن هناك لغة للمريض، أو المسترشد، وأخرى للمختص النفسى، الشىء الذى يوحى بوجود تأثير ما «للثقافات الفرعية» على فعاليات الإرشاد. وإذا كان عالم النفس المكون تكوينا اكلينيكيا هو الذى يقوم بدور المرشد. أو بالدور الإرشادى فى المؤسسات الاستشفائية فى غالب الأحيان، ان لم نقل فى كلها، فان الذى يقوم بمثل هذا الدور فى المؤسسات التعليمية أو التكوينية انما هو عالم النفس المكون تكوينا تربويا أو هو المؤهل تأهيلا توجيهيا. وقد يرجع سبب هذا التفاوت إلى اختلاف نوعية وطبيعة المهام المنتظرة من كل واحد منهما. وقد يرجع أيضا إلى طبيعة المؤسسات ذاتها.

ومن المفيد قبل انهائنا الحديث عن القائمين بالإرشاد النفسى بالجزائر أن نشير إلى أن النشاط الذى يقوم به المرشد النفسى عادة ما يكون نشاطا مكملا لأنشطة غيره من الأعضاء المكونين للهيئة الطبية أو النفسية أو التربوية التى ينتمى إليها. يلاحظ هذا، مثلا فى الفرقة العاملة بمركز توجيه الطفولة والمراهقة المتواجد بباب الواد بالعاصمة الجزائرية، والمتكونه من خمسة علماء نفس اكلينيكيين، ومربيين، ومختصين فى النطق، بالإضافة إلى مختص آخر فى الطب

النفسى الطفولى أسندت إليه مهمة الاشراف على الفرقة هذه. كما يلاحظ ايضا فى الفريق العامل بمصلحة الطب العقلى الطفولى التابع للمركز الطبى النفسى بقسنطينة (شيهانى بشير) والمتكون من الأستاذ المساعد الذى يرأسه، ومختص فى الطب النفسى، وعالم نفس، ومساعدة اجتماعية. وقد ينضاف إلى مثل هذا الفريق أطباء آخرون ذو اختصاصات تحدد نوعيتها وظيفة المركز ومهامه.

وإذا كان لعلماء النفس العاملين بمثل هذه المراكز والمؤسسات دور ما، أو إدوارر ما، فإن لمستشارى التوجيه المدرسى والمهنى أدوارا لا تكاد تتعدى الإمضاء على المحاضر أو الحضور فى البعض من الاجتماعات التى تعقد دوريا بالمؤسسات التعليمية التى يعملون بها. وقد يكون السبب فى ذلك راجعا إما إلى حداثة مثل هذه المناصب (فى مناصب مستشارى التوجيه)، وإما إلى عدم ادراك لأهميتها وجدواها. وقد يكون راجعا إلى كليهما معاً.

مشكل الاختبار النفسى

تتمثل أهمية الاختبارات النفسية فى العديد من الفوائد لعل من أبرزها المساعدة على الكشف عما قد يكون الشخص يعانى منه من اضطرابات فى هذا المجال أو ذلك، وعما يمكن أن يكون متسما به من شذوذ أو نقص أو تفوق فى ميدان ما من الميادين المختلفة، النفسية منها وغير النفسية. «وعندما نقارن متوسطات مجموعات نعرف أنهم يختلفون من حيث خبرتهم بالمشكلات والمسائل المماثلة لتلك التى يتضمنها الاختبار - مثل السود والبيض فى امريكا - فإننا سوف لا نعرف معنى النتائج التى نحصل عليها» تايلر ١٩٧٨، ص ١٣٥ . بعبارة أخرى، لكى يكون الاختبار النفسى مؤديا للغرض الذى أنشىء من أجله، ولكى تكون النتائج التى يتوصل إليها عبر تطبيقه ذات معنى وفائدة ، بالنسبة

للفاحص والمفحوص، يجب أن تراعى فى بنائه، وأثناء تصميمه، جملة من المعايير ليست الموضوعية سوى واحد منها. والموضوعية هذه تقتضى من بين ما تقتضيه، أن يكون الأشخاص الذين يطبق عليهم الاختبار متجانسين، وإلى حد ما، من الناحيتين الثقافية والاجتماعية، مع أولئك الذين تم الاعتماد عليهم اثناء إعداده. ولذلك فقد رأى البعض أن تطبيق المقاييس النفسية على أطفال العالم النامى المختلفين بالضرورة ومن نواحى عدة، عمن سواهم من الأطفال الغربيين ممن تمت الاستعانة بهم أثناء اعدادها، يعد بدعة علمية. والواقع أن البدعة هذه إنما يأتيها من يأتيها كرها واضطرارا لا رغبة.

والأمر هذا هو نفسه ما حدث ويحدث للمرشد النفسى، ولغيره من المختصين الجزائريين الذين يجدون أنفسهم مرغمين على استعمال الاختبارات «المستوردة» دون إعادة تقنين أو تكييف، أو دون التأكد من صلاحيتها أو من مدى هذه الصلاحية بالنسبة للمجتمع الجزائرى، أو بالنسبة لأطفاله. وللتقليل من الآثار السلبية التى يمكن أن تنجم عن مثل هذا الوضع الذى يحتم على المختص النفسى اللجوء إلى الاستعانة بالاختبارات الغير المكيفة مع الواقع الجزائرى، لانعدام ما سواها مما هو صالح لها، يرى البعض من ممارسى الإرشاد ضرورة التقيد بجملة من الاعتبارات أهمها:

- الفهم بأن الاحصائيات الدقيقة التى يوحى بها مفهوم القياس ليست بأكثر من وسيلة مراقبة، أو عملية من عمليات التأكد من فعالية «الاحصائيات الضمنية» التى تمدنا بها ملاحظاتنا الاكلينيكية، كما جاء ذلك على لسان زازو Zazzo (Boucebci, p. 102).

إن قيمة الاختبار النفسى اذن قيمة نسبية لا قيمة مطلقة. وإذا كانت

الملاحظة هذه صحيحة بالنسبة لسائر مستعملى الاختبارات النفسية، فإنها بالنسبة للمستعمل الجزائرى أصح.

- إن الاختبار النفسى هو مجرد نشاط تقييمى واحد، وواحد فقط، من جملة ما ينبغى على المختص اللجوء إليه من انشطة متعددة الأوجه والأطراف (اطفال، آباء...) كلما حاول تقييم شخص ما. ومرة أخرى يجد المختص الجزائرى نفسه هنا مضطرا، وأكثر من أى مختص آخر، للتأكد من مدى أهمية تعدد الأنشطة التقيمية وعدم اقتصارها على إجراء الاختبارات وحدها. فهناك المقابلة الاكلينيكية والملاحظة. وهناك الكثير من غيرهما من الوسائل التى تؤيد، أو لا تؤيد، الاختبار النفسى.

وإذا كان معظم علماء النفس يعتقدون أن لا وجود لاختبار نفسى خال من كل مضمون ثقافى فان هذا لا يعنى أبدا وجود تجانس تام من بين الاختبارات النفسية المختلفة من حيث الدولة الثقافية التى يؤرخ كل واحد منها تحتها. هناك بعبارة أخرى، اختبار أصلح من اختبار بالنسبة للمجتمع الجزائرى، أو بالنسبة لغيره من المجتمعات النامية. أو على الأقل هذا ما بدأ أو يبدو للبعض من الممارسين العاملين بالجزائر، ومن بين أنسب الاختبارات النفسية وأصلحها وأكثرها فائدة بالنسبة للمجتمع الجزائرى- ووفقا لبوسبسى - ما يلى:

١- اختبار برونات ليزين:

انه اختبار مستوحى من الأعمال التى قام بها جيزل حول سلوك الطفل ما بين الشهرين الرابع والستين. ويتعلق بالنمو الحركى، والتنسيق ما بين الرؤية والحركة، واللغة، والمواقف الاجتماعية المختلفة كاللعب والنظافة وما إليهما. وقد ظهر الاختبار فى شكل جديد يمكن من استعماله حتى السن السادسة من عمر

الطفل (فى سنة ١٩٦٨). وقد قال عنه بوسبسى «إن استعمال هذا الاختبار فى التقييم الاجمالى للنمو النفسى والحركى للطفل الجزائرى يتم يوميا ويعطى نتائج مرضية» Ibid., p. 106 وهذا رغم أن ليزين قد صرحت بأنه من غير المشروع نقل سلم يحتوى على سلوكات متنوعه، ثقافيا، تنوع ما ذكر منها آنفا، من قارة إلى أخرى دون تغيير أو تصحيح ولذلك فقد أكد الطبيب النفسى السالف الذكر، أى بوسبسى بأن استعمال هذا الأختبار فى المناطق التقليدية، أو الريفية، يحتاج إلى نوع من التأنى. وقد يكون من المفيد أن نشير هنا إلى أنه قد تم اختيار هذا الاختبار سنة ١٩٥٤ لاجراء دراسة دولية حول نمو الأطفال الصغار.

٢- اختبار كولومبيا :

لقد أعد هذا الاختبار، أى سلم النضج الذهنى، من لدن جماعة من علماء النفس الأمريكيين هم بورجمايستر B, B. Burgemeister وهولاندار بلوم Hollandér Blum ولورج Lorge، ما بين سنتى ١٩٤٧ و ١٩٥٩، لتقييم القدرات الذهنية للأطفال الذين تقع أعمارهم ما بين الرابعة والحادية عشر. ويهدف إلى دفع الطفل لأن يبذل ما فى وسعه من جهد قصد التعرف على الرسم الذى يختلف عن غيره من الرسومات المكونة للاختبار. وابتداء من اللوحة الخامسة والخمسين (من مجموع المائة لوحة) يجد الطفل أن كل الرسومات تختلف عن بعضها البعض، وليس هناك من سبيل للتعرف على الرسم الذى لا يتماشى مع غيره سوى اكتشاف العلاقة المنطقية التى تجمع ما بينها. ورغم وضوح وبساطة مواد هذا الاختبار فان تطبيقه على الطفل الجزائرى يتطلب نوعا من الحذر وعدم التسرع.

٣- اختبار وكسلر للأطفال

يتكون هذا الاختبار من جزئين، الجزء اللفظى والجزء الأدائى. أما الجزء الأول المتكون من ستة اختبارات فرعية (أو خمسة فى الشكل المختصر) فمثقل بالعناصر الثقافية ولذلك فان من غير المناسب تطبيقه على الطفل الجزائرى، الذى يختلف اختلافا جذريا عن نظيره الفرنسى الذى تم الاعتماد عليه اثناء تقنين أو اعادة تقنين هذا الاختبار (اختلاف نوعية وكمية المعلومات المحصل عليها عبر الأسرة والمدرسة وغيرهما). وحتى بالنسبة للجزء الأدائى المتكون وهو الآخر من ستة اختبارات فرعية (تكميل الصورة، ترتيب الصور، رسوم المكعبات، تجميع الأشياء، الشفرة والمتاهات التى حذفت من الصورة المختصرة للاختبار) فاننا نجد أن العنصر الثقافى غير غائب فيه تماما، فعلى سبيل المثال لاحظ بعض مطبقى هذا الاختبار أن عدم تواجد الفم فى الصورة الناقصة لا يشكل نقصا بالنسبة للكثير من الحالات، كما لاحظوا ايضا أن الفشل يكاد يكون تاما فى الاختبار الفرعى الخاص ببناء المكعبات. وبخصوص هذا المشكل يقول بنونيش Benouniche 1974 «أن الأطفال الجزائريين يتبعون فى تعاملهم مع اختبار المكعبات سلوكات اجرائية شبيهة بتلك التى يتبعونها فى علاقاتهم الاجتماعية المحددة هى الأخرى بالأسلوب التربوى الذى يخضعون له.. ان فقر التبادلات التى تتاح لهم مع الراشدين، بصفة عامة، ومع آباءهم بصفة خاصة، تجعلهم غير قادرين على التخلص من تمركزهم العقلى إلا بصعوبة.. ان الأطفال الجزائريين يميلون إلى عدم تقبل الضغط النفسى الذى يمليه الموقف الخاص بالاختبار».

٤- اختبار جريس آرثير الأدائى

أعد هذا الاختبار اصلا لتقييم المستوى الذهنى للحالات التى تشكو من

الصم والبكم أو من الكف الزائد، أو من صعوبات فى النطق أو من اعاقة لغوية، ويتكون من ستة اختبارات فرعية خاصة بالذاكرة (مكعبات نوكس)، وسرعة الاستجابات النفسية الحركية (لوحة سوجان)، والفكر التجريدى والقدرة على التحليل والتركيب (القوالب)، والقدرة اللفظية (الصورة التكميلية لهيلى) والمنطلق والتوجه المكانى (متاهات بورتو). ويمكن تطبيق هذا الاختبار على الأطفال البالغين من العمر ثلاث سنوات فما فوق، وعلى المراهقين والراشدين. ويظهر من الممارسة اليومية «أن اختبار جريس آرثير متناسب تماما مع أطفالنا، سواء من حيث تطبيقه أو من حيث قيمة النتائج المحصل عليها بواسطته. وقد يكون ذلك راجعا إلى أنه قد وضع أساسا للأطفال الذين يتحدثون بلغة أجنبية (أى غير الأمريكية).

٥- اختبار القائمة السوداء

يتكون هذا الاختبار الاسقاطى الذى قام بإعداده الطبيب الفرنسى لويس كورمان من تسعة عشر مشهدا يلعب الخنزير الصغير المدعو بالقائمة السوداء، رفقة أفراد عائلته، دور البطولة فيها. وهناك صيغة ثانية موازية له تم استبدال الخنزير فيها بحيوان أخر هو الخروف، وذلك من أجل تسهيل عملية التقمص التى يرتكز عليها هذا الاختبار فى سعيه للكشف عن صراعات النمو المختلفة، على اولئك الذين يرفضون تقمص الخنازير. ويبدو من خلال تطبيقه أن هناك عددا من الاشكالات التى تفرض نوعا من الحيطة والحذر على كل من يقوم بتوظيفه أو استعماله فى الجزائر، وفى غيرها من البلدان الاسلامية. ومن بين الأسئلة التى يمكن أن تطرح هنا، وبالحاح، السؤال التالى: هل يمكن أن يوحى الخروف للطفل المسلم بنفس ما يمكن أن يوحى به الخنزير لغيره من الأطفال الغير المسلمين؟

ويجيب بعض الباحثين عن هذا التساؤل بالنفى أو بما يشبه النفى وذلك عن طريق تحبيذ البحث عن حيوان بديل للخروف وهذا بسبب ارتباط هذا الأخير بعيد الأضحى وغيره من الطقوس الدينية.

٦- اختبار تفهم الموضوع للأطفال :

لقد لاحظ عالم النفس التحليلى أرنست كريس Ernst, Kriss أن الأطفال يميلون إلى تقمص الحيوانات بسهولة أكبر من تلك التى يتقمصون بها الأشخاص. لذلك عمد عالما النفس الأمريكيين بيلاك وبيلاك . Leopold et sonya S Bellak. إلى اعداد اختبار تفهم للموضوع خاص بالأطفال سنة ١٩٤٩، مستوحى من اختبار تفهم الموضوع لصاحبه موراى Murray . ويتكون من عشر صور لحيوانات مختلفة، فى مواقف مختلفة هى الأخرى.

ومن الصعوبات التى يجابها المرشد النفسى، أو من يقوم مقامه من المختصين الجزائريين، عند الاستعمال لهذا الاختبار، لجوء الطفل المفحوص إلى الاكتفاء، فى غالب الأحيان، بالوصف الاحصائى، أو بتعداد العناصر المكونة للرسم أو الصورة. وحتى عندما يقدم على الوصف فان وصفه عادة ما يكون فقيرا، من حيث التفاصيل، وعاجزا عن عكس ما لديه من اهتمامات. وقد يكون سبب ذلك راجعا إلى نوعية العلاقة التى تربط بين الطفل والراشد فى المجتمع الجزائرى، والمتمثله أساساً فى اكتفاء الأول بالإنصات والطاعة، وفى عدم اللجوء إلى النقاش إلا فيما نذر من الأوقات. وهذا بالإضافة إلى الصعوبة التى يلاقيها فى التعرف على بعض الرسومات، فالكنغر على سبيل المثال حيوان غريب كل الغرابة عن ثقافته، ولذلك فانه من غير المنطقى أن تنتظر منه أن يتعرف عليه كما يمكن أن يتعرف على أى حيوان آخر من الحيوانات المتواجدة فى بيئته Ibid,p.112.

٧- اختبار المشاهد المجسدة لسطابس :

يقول بوسبسى عن هذا الاختبار «إن هذا الاختبار هو أكثر الاختبارات ارضاء لنا... سواء أكان الأمر متعلقا باستعماله أو بامكانيات تفسيره»، وذلك بسبب المادة الاكلينيكية التى يمدنا بها وبسبب السهولة التى يتعامل بها الأطفال مع أشخاصه وعناصره. وترجع عملية الارضاء هذه أيضا إلى أن الطفل لا يجد صعوبة كبيرة فى التعبير عن صراعاته ومشاكله عن طريقه، أو عن طريق اللعب بمواده.

٨- اختبار تفهم الموضوع :

يقول توماس، ب. Bakes Thomas لا يمكن لشخص ما أن يتوحد مع مادة معينة إلا حينما تقوم هذه الأخيرة بتوفير «معالم ثقافية».. لذلك كان لابد من إعداد مادة جديدة لكل شكل من أشكال الحضارة. وبناء على هذا يرى بعض الباحثين الجزائريين وجوب التحفظ حول توظيف ما يمكن الحصول عليه من معلومات عن طريق تطبيق اختبار تفهم الموضوع فى الجزائر، خاصة وأن النسخة المستعملة منه هى النسخة الفرنسية المقننة وفقا لخصائص المجتمع الفرنسى.

٩- اختبار بقع الحبر لرورشاخ :

«إذا استخدم هذا الاختبار بالإضافة إلى الطرق الأخرى لتقدير الشخصية مثل المقابلة والمعلومات عن خلفية المفحوص، فانه سوف يمدنا بمعلومات حول موضوعات يمكن أن يكون من المفيد استكشافها فى دراسة حالة فردية ما» (تايلر، ص ١٢١). أما بالنسبة لتطبيق هذا الاختبار الاسقاطى الذى اعده الطبيب السويسرى هرمان روشاخ سنة ١٩٢١ على المجتمعات العربية وعلى

غيرها من المجتمعات السائرة فى طريق النمو فإن هناك العديد من التساؤلات التى تحتاج من الباحثين إلى بذل المزيد من المجهودات للاجابة عنها، وذلك مثل المحتوى الثقافى، والمعنى السوسيولوجى لبعض الألوان، ونوعية الاستجابات المحصل عليها عن طريق هذا الاختبار المتكون من عشر بقع من الحبر، البعض منها باللونين الأبيض والأسود، والبعض الآخر منها بالألوان (Ibid.,) .

ومن الملاحظات التى تحمل من الدلالات، بخصوص استخدام الاختبارات النفسية فى الجزائر ما تحمله، ما جاء على لسان احدى الباحثات من «اننا نرى، من خلال ممارستنا اليومية بالجزائر العاصمة، أن حاصل الذكاء المساوى لـ ٨٠ يدل على ذكاء متوسط ولا يمكن أن يفسر على أنه يعكس ضعفا عقليا بسيطا لأن الاختبارات النفسية المستعملة أعدت وقننت لتتماشى مع الأطفال الفرنسيين الذين يجدون فى المحيط الأسرى ومدارس الحضانة الكثير من العوامل المثيرة لنمو قدراتهم الذهنية». Mazella, 1984. 35 وقد جاءت هذه الملاحظة بعد النتائج المتضاربة التى تحصلت عليها الباحثة المذكورة بعد تطبيقها للبعض من المقاييس النفسية على عدد من الأطفال. فقد وجدت على سبيل المثال أن الطفلة «و» البالغة من العمر سبع سنوات وثلاثة اشهر لم تصل بعد، ووفقا لسلم برونات ليزين إلى سن السادسة (أى ما يناسبه من النمو). وخلافا لهذا تحصلت هذه الطفلة على حاصل ذكاء مساو لـ ٨٢ فى سلم النضج الذهنى كولومبيا، وعلى حاصل آخر يساوى ٨٦ فى اختبار وكسلر (فى الجانب الأدائى منه فقط) وذلك لانعدام وجود نسخة عربية من الاختبار الأخير، ولاشك أن هذه الباحثة مخطئة فيما تدعيه من عدم وجود نسخة عربية من اختبار وكسلر. فكلنا يعلم أن الدكتور لويس كامل مليكة والدكتور محمد عماد الدين اسماعيل قاما بنقل هذا الاختبار إلى العربية كما قاما بتكييفه لكى يتلائم مع البيئات العربية، أو مع

البعض منها على الأقل. وعندما نقول مع بعضها فاننا نريد من وراء ذلك التأكيد على ان استعمال اللهجة المصرية فى البعض من الاختبارات النفسية يقلل من أهميتها وفعاليتها عن الاستخدام فى بعض الدول العربية كدول المغرب العربى، إلى حد كبير. ذلك أن العبارات الواردة مثلا فى النسخة العربية لاختبار الذكاء لوكسلر المعد للأطفال من مثل : مين اللى بنى القلعة، وايه هو الشهر العقارى، لا يمكن أن يفهمها الطفل الجزائرى. كما لا يمكن له أن يعرف بسهولة الاجابة عن السؤال الذى يقول: أيه عاصمة جمهورية مصر العربية؟ فالطابع المحلى لبعض الاختبارات النفسية العربية يحد من فعاليتها إلى حد كبير.

وعندما يشتكى معظم القائمين بالإرشاد النفسى فى الجزائر من انعدام وجود مقاييس نفسية باللغة العربية فإنهم أنما يقصدون من وراء ذلك انعدام وجودها باللهجة الجزائري، وهى اللهجة التى يمكن أن يفهمها الطفل المتمدرس والراشد المتعلم كما يمكن أن يفهمها غيرهما من الأطفال والراشدين. ومع هذا فيجب أن لا تغيب عن الأذهان الحقيقة المتمثلة فى أن جل المرشدين الجزائريين، وخاصة القدامى منهم، مثقفون ثقافة فرنسية. لذلك نراهم يلجأون إلى الاستعانة بالاختبارات النفسية الفرنسية، بدل اللجوء إلى الاختبارات العربية، بل وقد يعتقد البعض منهم أن الاختبارات الأولى أصلح للمجتمع الجزائرى من الاختبارات الثانية. وطبيعى أن مثل هذا الاعتقاد إنما يرجع إلى طبيعة التكوين فى غالب الأحيان.

المشاكل النفسية والتربوية للمجتمع الجزائرى

لاشك أن لكل مجتمع ما يتماشى مع طبيعته وطبيعة مكوناته البيئية المختلفة من خصائص وسلوكات ومشاكل، نفسية وغير نفسية. ولاشك كذلك أن

حدة ونوعية وتكرار هذه المشاكل تتوقف، من ناحية أولى، على المتطلبات والمعايير والقوانين التى يقوم كل مجتمع بصياغتها صياغة تتناسب وما يتميز به من مواصفات وخصائص. كما تتوقف، من ناحية ثانية، على طبيعة الشخص، وقدراته التكيفية منها وغير التكيفية. وقد نكون بهذا غير بعيدين تماما عما كان يؤمن به فرويد حينما قال - وهو بصدد الحديث عن العصابيين - «ان بنيتهم الجنسية لم تكن لتؤدى بهم إلى العصاب لو لم يتعرضوا لهذه التجارب» وهذه التجارب لم تكن لتترك عليهم هذا الأثر الصدموى لو كانت ظروف الليبيدو مغايرة لما هى عليه (وينفريد هوبر، ١٩٩٥، ص ١٦٢). وما قاله فرويد هنا لا يختلف اختلافا جذريا، من بعض النواحى على الأقل، عما استشهد به سكينر، أحد أعمدة المدرسة السلوكية فى احدى مقالاته، من أن كران برينتون قد لاحظ «أن برنامجا لتغيير الأشياء لا لتحويل الناس، أو هذا يتهم، كان جزءا اساسيا من الثورات الانجليزية والفرنسية والروسية» وكما قال جيلسبرت سلدر أن الانسان صنيعة للظروف، ولذلك فانك لو قمت بتغيير بيئات ثلاثين حدثا من احداث الهوتانتوت Hottentots (من رحل ناميبيا) وبيئات ثلاثين ارستقراطيا انجليزيا يافعا فإن الفتيان الانجليز سيصبحون من الهوتانتوت. كما أن الهوتانتوت سيصبحون من المحافظين الانجليز. والأمر هذا هو نفس ما آمن به روبرت أوين Robert Owen وقام بتدريسه من أن البيئة هى التى تصنع الطبع أو الخلق، ومن أن البيئة تخضع لتحكم الانسان. وما نريد الوصول اليه، من وراء كل هذا، هو أن الاضطرابات السلوكية، شأنها فى ذلك شأن السلوكات السوية تتشكل، وفى غالب الأحيان، وفقا لخصوصيات البيئة التى تترعرع فيها، بل ووفقا للفترة الزمنية التى تظهر فيها كذلك. ولذلك فقد لاحظ بعض العلماء أنه «من خلال الخبرة الاكلينيكية أصبحنا نعرف أن الهستيريا فى شكلها الذى كانت

تتبدى فيه مع نهاية القرن التاسع عشر، أصبحت الآن نادرة. وأن اكثر الاضطرابات العقلية ازعاجا لنا، فى مرحلة الرشد، هى الاضطرابات الشخصية، وخاصة منها اختلالات الشخصية السوسيوباتية» Wolf, 1978, p.199.

فانطلاقا من هذه الرؤية إذن نحاول أن نتعرف على بعض أهم الاضطرابات النفسية، وأكثرها انتشارا ما تبين أفراد المجتمع الجزائرى. فبالنسبة للراشدين استطاع بعض الباحثين أن يلاحظوا أن الفترة التى تلت تلك التى تحصلت فيها الجزائر على استقلالها تميزت بظهور أو بروز بعض الاختلالات النفسية وطغيانها على ما سواها. لقد وجدوا تزايداً مضطردا، إن لم يكن ظهورا لأول مرة، للأعصبة القهرية، وتناميا واضحا لعدد الحالات الاكتئابية، وتطوراً مستمراً لبعض انواع الذهانات، وخاصة الفصامية منها. كما وجدوا ايضا أن الاضطرابات النفسية والسلوكية ذات الطابع الاجتماعى، وهى الاضطرابات التى حظيت ولازالت تحظى بعناية واهتمام السلطات فى غالبية الأحيان، بسبب تأثيرها على السير العادى للفعاليات الاجتماعية المختلفة، لقد وجدوا أن مثل هذه الاضطرابات كانت تمثل الجانب السلبى الأكثر وضوحا والأكثر بروزا من مجموع الأمراض النفسية. فقد تزايدت حالات الاجرام تزايداً ملفتا للانتباه، كما تزايدت وبنفس الحدة حالات الادمان على الكحول وعلى غيره من المخدرات، الطبية منها وغير الطبية. كما تعرضت الأسر، هى بدورها إلى هزات عنيفة أدت بأربابها إلى الطلاق، أو هجران البيت، أو ما سواهما من الهزات Ibid, P.19 .

وإذا كان بالانديى Balandier 1971 لم يجانب الصواب حينما صرح بأن «القفزة التى يتوجب القيام بها من المحيط القروى.. إلى المحيط المتصنع.. لا يمكن أن تتم بدون مخاطر» Toualbi, 1984, P. 97، فان ما جاء به يمكن أن

يفسر، ولو جزئيا، الكثير مما تعرض له أفراد المجتمع الجزائرى من مشاكل نفسية غداة الاستقلال، بل ويمكن أن يفسر أيضا الكثير مما لا يزال يرزح تحته جل هؤلاء من اضطرابات نفسية. فظاهرة التحضر الوحشى، كما يسميها البعض، لازالت حاضرة حتى يومنا هذا، وبنفس الشكل الذى كانت عليه من قبل. وأقل ما يمكن أن تؤدى اليه بالنسبة للشخص الذى يغادر قريته ليستقر بالمدينة، العيش بثقافة مزدوجة، الرغبة فى التقدم والتطور الناتجة عن التصنيع، من جهة، والرغبة فى المحافظة على الجذور أو الخوف من فقدانها، من ثانية. وينتج عن تعايش هاتين الرغبتين المتناقضتين صراع نفسى يؤدى بأصحابه إلى سلسلة من الاختلالات النفسية استطاع أحد الباحثين الجزائريين، وهو طوالبى، أن يبين كيف أنها تختلف، من حيث الطبيعة وربما من حيث الحدة أيضا، من طبقة اجتماعية إلى طبقة اجتماعية أخرى. ومن أبرز جوانب هذا الاختلاف ميل الطبقات الدنيا إلى «تجسيد» اضطراباتها، بل وإلى تضخيمها أيضاً. وغالبا ما كانت هذه الاضطرابات تتبدى فى شكل اكتئابات عصابية كلاسيكية يتعرض لها أصحابها بعد معاناة طويلة مع الصراعات العائلية المختلفة والاخفاقات المهنية المتتالية.Ibid., P.100 ومن بين النتائج التى خلص إليها طوالبى تلك التى رأى فيها أن نزوح الريفيين إلى المدينة يشكل ممونا أساسياً للمرضى العقليين.

ومن الاضطرابات السلوكية الملفته للانتباه، والتى لا يمكن غض الطرف عنها بسبب حدتها وخطورتها ودرجة تفشيها وسوء عاقبتها، السلوكات الانتحارية. لقد أدت التغيرات العميقة التى شهدتها الجزائر منذ استقلالها، وفى مختلف الميادين، الاجتماعية والاقتصادية.. إلى ما يمكن تسميته بـ «باثولوجيا المرحلة الانتقالية». فتفكك المجتمع التقليدى، والضياع التدريجى لجل ما كان يحتضنه من قيم التآزر والتكافل، والتبدلات السريعة لكافة أوجه الحياة، كلها

أحداث ما كان لها أن تمر دون أن تخلف، من ورائها وفى سياقها ، من الأعباء والضغوط ما لا يستطيع تحمله، دون ضرره إلا القليل من الناس. فكان أن تعاظمت المشاكل النفسية، وازدادت حدتها ، وتفشت بين الناس تفشى النار فى الهشيم. وكأن كل ذلك لم يكن كافيا فانقضت الأزمة الاقتصادية على الأشخاص، فى السنوات الأخيرة هذه انقضاض البازى على الصيد. ولفظت المؤسسات الاقتصادية منها وغير الاقتصادية ، بحل عمالها إلى الشوارع، وتعطلت الأيدى، وضاقت على أهلها وبهم المساكن. ولما لم يجد البعض من ملجأ يلوذ به الا الانتحار لاذ به. ولا أدل على ذلك من الاحصائيات، فهى من الوضوح بحيث لا تحتاج لا إلى شرح ولا إلى تعليق.

ففى احدى الدراسات التى قام بها بن اسماعيل (١٩٩٤) نلاحظ أن محاولات الانتحار التى كانت لا تتعدى، سنويا وفى المتوسط، فى السنوات ١٩٧٢ و ١٩٧٣ و ١٩٧٤ مائة واربعين (١٤٠) محاولة قفزت فى سنة ١٩٨٧ إلى مائتين وسبعين محاولة (٢٧٠). والعدد هذا يتعلق بمدينة واحدة فقط هى مدينة قسنطينة، وبفترة زمنية لم تكن الأزمة المتعددة الأوجه قد أطلت علينا بوجهها بعد. ويخلص بن اسماعيل فى دراسته المذكورة منذ حين إلى عدد من الملاحظات منها أن المنتحر المغاربى النموذجى شاب فى مقتبل العمر (٨٠٪ من المنتحرين تقل أعمارهم عن الأربعين سنة). ومنها أنه ذو مستوى معيشى منخفض. كذلك يشير الباحث السالف الذكر إلى أن العلاقة المعروفة والكائنة ما بين الانتحا والمرض العقلى، تبقى قائمة إلى حد ما ، بالنسبة لهذا المنتحر. فهى موجودة عند حوالى أربعين بالمائة من المنتحرين (٤٠٪) . ومع هذا فقد أمكن ملاحظة أن الأعراض التى كانت تميز المالينخوليا ، أو السوداوية، فى المجتمعات التقليدية أصبحت تقترب تدريجيا من تلك التى تتسم بها نظيرتها فى

المجتمعات الأوروبية (كالشعور بالذنب والاحساس بوخز الضمير، وتسلط فكر الموت).

ومما يمكن استنتاجه مما هو متوفر من الاحصائيات الخاصة بعمليات الانتحار فى الجزائر ذلك التفاوت الكبير الكائن ما بين المعدل الوطنى الذى لا يتعدى ١٠٠٠٠٠ / ٢ (اثنان من كل مائة ألف) والمعدل الخاص بالمدن الكبيرة والذى يصل إلى ١٠٠٠٠٠ / ١، ٣٤ (ما يزيد عن أربع وثلاثين عملية من كل مائة ألف) بمدينة كمدينة قسنطينة، عاصمة الشرق الجزائرى. وغنية عن كل بيان أسباب مثل هذا الاختلاف الهائل، ونفس الصورة هذه تقريباً، وبكل تفاصيلها، تتواجد بالمغرب الأقصى حيث تقدر النسبة السنوية لعمليات الانتحار فيه بـ ١٠٠٠٠٠ / ٩، ٢ . لكن النسبة هذه تتضاعف لتصل إلى ١٠٠٠٠٠ / ٥، ٤ بتونس. ورغم الارتفاع المضطرد الذى تشهده الجزائر، وغيرها من البلدان المغاربية فى عدد العمليات الانتحارية، فى هذه السنوات الأخيرة، نستطيع أن نتبين أن معدلات الانتحار بهذه البلدان تبقى رغم ذلك ضعيفة إذا ما قورنت بمثيلاتها فى الدول الأوروبية. فهى تصل إلى ١٠٠٠٠٠ / ٧ بايطاليا، وإلى ١٠٠٠٠٠ / ١٤ ببريطانيا، وإلى ١٠٠٠٠٠ / ٥، ٢٠ بفرنسا، وإلى ١٠٠٠٠٠ / ٣٩ بهانغراريا. Ibid., P. 108 لكن ليس من المستحيل أن تتقارب هذه النسب فى يوم ما إذا ما سارت الأمور على مثل ما هى سائرة عليه من التعقيد، والتمزق الثقافى والتفكك الحضارى.

وقد يكون من المفيد أن نشير أخيرا إلى ما لاحظه الطبيب النفسانى بن اسماعيل من خلال ممارسته بالشرق الجزائرى طوال ما يزيد عن ست وعشرين سنة من أن هناك تدنيا واضحا فى عدد الاستشارات التى تتم بالمؤسسات العقلية

والنفسية، وفى عدد الذين يلتحقون بهذه المؤسسات من المرضى، وفى شهر رمضان. وقد لاحظ الطبيب المذكور أيضاً هبوطا مذهلا فى عدد السلوكات الانتحارية التى تتم فى هذا الشهر Ibid., P.106.

إن الطفل لا يستطيع أن يعيش بمعزل على المجتمع الذى ينتمى إليه، كما أنه لا يستطيع أن يبقى دائما، وفى كل الأحوال، بمنأى عن همومه ومشاكله. فما يعانى منه الكبار لابد وأن ينعكس، ولو جزئيا، على الصغار. لكن صورة هذا الانعكاس، الصورة وحدها، هى التى قد تختلف من اطار إلى اطار، ومن وضع إلى وضع. ومع هذا فإن نوعية وحدة الاضطرابات المختلفة التى أصبح المجتمع الجزائرى مسرحا لها تجعلنا نتوقع حدوث ما لا حصر له من المشاكل النفسية وغير النفسية، لهذا الطفل الذى يجد نفسه وهو يفتح عينيه كل يوم ويغمضهما على واقعين كل واحد منهما أمر من الآخر، واقع أسرة تبحث عن نفسها وخلاصها وسط سيل من المشاكل لا تدرى بدايته من نهايته، وواقع مجتمع لا يدرى إلى أين يتجه. وما يمكن أن يتوقعه المرء فى مثل هذه الحالات هو ما يحدث فعلا على ارض الواقع، هذا الواقع الذى افرز، ولا يزال يفرز، الأعداد الهائلة من الأطفال المنبوذين أو المهملين، المسعفين منهم وغير المستعفين. وهو نفسه الواقع الذى لا يتوانى عن زج الأحداث فى غياهب الجريمة، وايقاعهم فرس للكثير مما تعددت أشكالها وألوانها من الاضطرابات النفسية والعقلية والتربوية. ودون الخوض فى التفاصيل، وطلبا للدقة والايجاز، فى نفس الوقت، سنكتفى بالاشارة، على سبيل المثال فقط، إلى نوعية المشاكل التى يتعامل معها يوميا أعضاء الفريق الطبى النفسى العامل بمركز توجيه الطفولة والمراهقة الكائن بباب الواد، بالعاصمة الجزائرية. لقد جاء فى الدراسة التى أشرف عليها الدكتور بن حبيب لطفى أن معظم الأطفال الذين يتم التكفل بهم من قبل هذا المركز أنما هم

من الأطفال المتمدرسين. وقد يرجع ذلك إلى أن المدارس هى التى تتحمل وحدها، فى غالب الأحيان، عناء توجيه الأطفال ذوى المشاكل نحو هذا المركز، أو غيره من المؤسسات المهتمة بصحة الطفل النفسية والتربوية. كما جاء فى هذه الدراسة التى تم الاعتماد فيها على عينتين من الأطفال يبلغ عدد أفراد العينة الواحدة منهما أربعين طفلا اختيروا وفق معايير معينة (من بينها التماثل فى السن ٩ - ١٠ سنوات) أن أسباب التوجيه نحو المركز، بالنسبة للعينة الأولى، كانت ذات طبائع متعددة حتى وإن الطابع البيداغوجى هو الطابع الطاغى عليها (٦٠٪ من الحالات). أما بالنسبة للعينة الثانية فقد كان الأمر مختلفا اذ أن اعضاءها كانوا كلهم يعانون من التخلف المدرسى الواضح، أو من الانعدام الكلى للتوافق المدرسى (١٠٠٪) . وقد أظهرت الفحوص التى تعرض لها أفراد العينتين أن نوعية المشاكل التى كانوا يعانون منها كانت بالنسبة للعينة الأولى، كالتالى الانحراف عن السواء (٥٪)، الاضطرابات الرجعية (٢٠٪) ، اضطرابات النمو (١٠٪)، الاضطرابات العصابية (٥٪)، اضطرابات الشخصية والطبع (٢,٥٪)، الاضطرابات الذهانية (١٧٥٪)، اضطرابات نفسية (٢,٥٪) اضطرابات ترجع إلى اصابة دماغية (٢٧,٥٪)، والتخلف العقلى (١٠٪). أما بالنسبة للعينة الثانية فقد كانت المشاكل كما يلى الانحراف عن السواء (٢٠٪)، الاضطرابات الرجعية (٧,٥٪)، اضطرابات النمو (٢٧,٥٪)، الاضطرابات العصابية (١٢,٥٪)، اضطرابات الشخصية والخلق (٢,٥٪)، الاضطرابات الذهانية (١٧,٥٪)، اضطرابات نفسية (٠)، اضطرابات ترجع إلى اصابة دماغية (٢,٥٪) والتخلف العقلى (٢٠٪).

المراجع العربية:

١- ابو القاسم كرو وعبد الله شريط. (١٩٦٦): شخصيات أدبية من المشرق والمغرب. تونس : منشورات دار مكتبة الحياة.

٢- اوتو كلينبرغ. (١٩٦٧): علم النفس الاجتماعى. ترجمة حافظ الجمالى. بيروت: منشورات. دار مكتبة الحياة.

٣- جوليان روتر. (١٩٨٥): علم النفس الاكلينيكى. ترجمة عطية محمود هنا. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

٤- حامد عبد القادر. (١٩٤٧): العلاج النفسانى قديما وحديثا. دار احياء الكتب العربية .

٥- شيلدون كاشدان. (١٩٨٥): علم نفس الشواذ. ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

٦- فاخر عاقل. (١٩٧٧): معجم علم النفس. بيروت: دار العلم للملايين .

٧- ليونا أ. تايلر. (١٩٨٥): الاختبارات والمقاييس. ترجمة سعد عبد الرحمن. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

٨- وينفريد هوبر. (١٩٩٥): مدخل إلى سيكولوجية الشخصية. ترجمة مصطفى عشوى. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية .

٩- يوسف مصطفى القاضى، لطفى محمد فطيم ومحمد عطا حسين. (١٩٨١): الإرشاد النفسى والتوجيه التربوى. الرياض: دار المريخ .

10 - Benhabib, L. Bob El oued (1994): femoignage d'un pédopsychiatre. Alger, o.p.u.

11 - Bensmail, L,B. (1994): la psychiatrie aujourd'hui. Alger, o.p.u.

12 - Boucebic, N. (1979): psychiatrie, société et developpement. Alger, SNED.

13 - Hachouf, S. (1993): Le droit à l'éxistence. Alger, o.p.u.

14 - Mazella, S. (1984): la dynamique d'une consultation de psychologie pour enfonts à Alger. Alger, o.p.u.

15 - Neesome. A. Thorne, B.J. and w yld , K.L.(1978): Student counseling in prachie, London: unibooks.

16 - Page, G.T. Thomas, J.B. and Arshall, A.R. (1979): International dichaeionary of education . London : Kogan Prge Ltd.

17 - Skinner, B.F. (1976): Beyond freedom and difnity. Har mond-sworth. Penguin books.

18 - Wolf, S (1978): Children under strees. Har mond-sworth. Penguin books.